

## Papel de la Enfermería en la Unidad de Mama **Role of Nursing in Breast Cancer Unit**



*Fuente: Atresmedia Noticias.*

*UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
GRADO EN ENFERMERÍA*

### **TRABAJO FIN DE GRADO**

Autora: Adriana Castillo González  
Directora: Blanca Torres Manrique

2021

## AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregido por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, Los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsable del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

|  |          |
|--|----------|
| <b>AVISO DE RESPONSABILIDAD UC .....</b>   | <b>1</b> |
| Resumen/Abstract .....   | 3        |
| 1. Introducción .....  | 4        |
| 1.1. Estado actual del tema y relevancia.....                                      | 4        |
| 1.2. Objetivos .....   | 5        |
| 1.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica .....                                    | 6        |
| 1.4. Descripción de los capítulos .....  | 6        |
| 2. Proceso asistencial en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. ....         | 7        |
| 2.1. Formas de detección .....   | 7        |
| 2.1.1. Detección precoz.....   | 7        |
| 2.1.2. Autoexploración de las mamas .....  | 7        |
| 2.2. Diagnóstico definitivo del cáncer de mama .....                               | 9        |
| 2.2.1. Clasificación del cáncer de mama .....                                      | 10       |
| 2.2.1.1. Clasificación molecular.....  | 10       |
| 2.2.1.2. Clasificación histológica.....  | 10       |
| 2.2.1.3. Clasificación por TNM.....  | 11       |
| 2.3. Tratamiento del cáncer de mama .....  | 13       |
| 2.3.1. Tratamiento neoadyuvante.....   | 13       |
| 2.3.2. Tratamiento quirúrgico .....  | 13       |
| 2.3.3. Tratamientos sistémicos .....   | 15       |
| 2.4. Seguimiento y revisiones después del tratamiento .....                        | 17       |
| 3. Papel de la enfermería en una Unidad de Mama .....                              | 18       |
| 3.1. Aspectos psicológicos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama ..... | 18       |
| 3.2. Funciones de enfermería en la Unidad de Mama .....                            | 19       |
| 3.3. Unidad de Mama del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) .....  | 22       |
| Conclusiones .....   | 29       |
| Bibliografía .....   | 30       |

## Resumen/Abstract

### Resumen

El cáncer de mama es una enfermedad muy frecuente y con gran impacto biopsicosocial entre las mujeres. Tiene una elevada incidencia en España y en el mundo, además de cifras importantes de mortalidad, las que están disminuyendo gracias a los diagnósticos precoces. Cada vez hay más avances diagnósticos y terapéuticos, aun así, es fundamental seguir realizando un buen cribado y una buena detección precoz, para acceder a un mejor pronóstico. Debido al gran impacto que recae sobre la población femenina, es esencial la presencia de un equipo multidisciplinar bien formado y especializado, que logre atender y tratar a la paciente en todos sus ámbitos biopsicosociales. Es ahí donde entran las Unidades de Mama creadas como un servicio capaz de integrar una visión centrada en la paciente y de gestionar todo su proceso asistencial. Los profesionales enfermeros son una de las figuras que acompañan y tratan a este tipo de pacientes durante la enfermedad. Su presencia implica una fuente de apoyo para la paciente y su familia, además de la realización de funciones propias de enfermería y de gestión y coordinación dentro de la unidad. Esta monografía pretende describir el papel de los profesionales de enfermería en las Unidades de Mama.

Palabras clave: “cáncer de mama”, “cuidados de enfermería”, “educación”, “enfermería”, “mastectomía”.

### Abstract

Breast cancer is a very common disease with a great biopsychosocial impact over women. It has high incidence in Spain and in the world, besides important mortality figures, the ones that are decreasing thanks to the early diagnoses. There are more and more diagnostic and therapeutic advances, even so, it is essential to continue to perform a good screening and a good early detection to access to a better prognosis. Due to the great impact that falls on the female population, it is fundamental the presence of a well professional training and specialized multidisciplinary team, the one that manage to treat and take care to the patient in all her biopsychosocial scopes. There is where the Breast Units come in, created as a service capable of integrating a focused vision of the patient, and to arrange her healthcare process. Nursing professionals are one of the figures that accompany and treat the patients during the disease. Their presence involves a source of support for the patient and her family, in addition to carry out the proper functions of nursing and management and coordination inside the unit. With this monograph the intention is to describe the role of nursing professionals in Breast Units.

Key words: “breast neoplasms”, “education”, “mastectomy”, “nursing”, “nursing care”.

## 1. Introducción

### 1.1. Estado actual del tema y relevancia

El cáncer de mama se ha convertido en uno de los cánceres más frecuentes y con gran impacto biopsicosocial en las pacientes que se enfrentan a esta enfermedad(1). En 2020, a nivel mundial, existe una incidencia de 2.261.419 mujeres que han padecido cáncer de mama, con unas cifras de mortalidad de 684.996 muertes al año(2).

En Europa, el cáncer de mama es el más común en mujeres menores de 45 años, con una incidencia de 61 por 100.000 mujeres, y en mujeres de entre 45 y 64 años, 531 por 100.000 mujeres(3). El Centro Internacional de investigaciones sobre el Cáncer, realizó un informe a través del Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) publicado en el año 2020, en el que se expone que la incidencia de mujeres con cáncer de mama en España fue de 34.088 casos; ocupando el primer lugar e incidencia en España(4).

En el 2020, según el estudio realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer (en adelante, AECC), el número de casos nuevos de cáncer diagnosticados fue 279.607. Tanto en varones como en mujeres, el cáncer más frecuente fue el colón-rectal con un 14% del total, seguido del de próstata con un 12%, de pulmón con un 10% y finalmente el cáncer de mama con un 12%. Los datos comentados, corresponden solo a la población de mujeres(5).

Los últimos datos de 2018, obtenidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (en adelante, SEOM), muestran que en Cantabria hubo una tasa bruta de mortalidad por tumores de 293,8 por 100.000 habitantes. Concretando más, fueron 6.534 los fallecimientos de mujeres por tumor maligno de mama(6).

La tasa de incidencia y el número de casos aumentan debido a que cada vez se realizan más diagnósticos precoces. Sin embargo, la tasa de mortalidad está disminuyendo en España como consecuencia de la mejora en avances sobre la enfermedad y en el resultado de las terapias utilizadas en su tratamiento(7). En 2020, la tasa de mortalidad por cáncer de mama supone un total de 6.680 mujeres fallecidas(8).

La realización de un diagnóstico precoz también ha contribuido a que, en los últimos 30 años, la supervivencia de las mujeres haya aumentado un 90%(9). Esto último quiere decir que más de 90 de cada 100 personas que padecen cáncer de mama, siguen vivas tras 5 años desde su diagnóstico(10).

Este cáncer tiene diferentes repercusiones en la vida de los pacientes y un gran impacto biopsicosocial. Su diagnóstico genera una asociación inmediata al sufrimiento, al dolor y a la muerte(1). Los ámbitos que se ven afectados pueden ir desde la propia persona, el estado físico y emocional, la familia, el entorno social, el ámbito laboral y el económico(10).

En cuanto al ámbito de repercusión económica, existen los llamados gastos directos. Éstos incluyen una serie de gastos médicos, farmacéuticos, productos ortoprotésicos e incluso gastos relacionados con el autocuidado de la paciente.

Muchos de ellos pueden reflejarse en las consultas médicas, en medicamentos, transporte, dietas, alojamientos, prótesis o sujetadores adaptados. El relacionado con el autocuidado de la mujer, se ve proyectado en la contratación de personal externo que soporte a la paciente a la hora de realizar las tareas del hogar.

Todos estos gastos pueden llegar a equivaler, en promedio, un total de 42.000€ por familia; desde un 2% de familias con mejores ingresos, hasta un 19% de familias que soportan un esfuerzo financiero que supera los 50.000€ (incluyendo gastos y pérdidas de ingresos)(11).

En España, existe el sistema de desembolso por lo que las familias no tiene por qué hacerse cargo de dichos gastos, aun así, sí han tenido que afrontar alguno de ellos(11). Esto resulta un gran factor de influencia puesto que, por ejemplo, en el último análisis realizado en 2017 por la AECC, se encontró que un total de 2.030 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, están desempleadas. Por lo tanto, no todas son capaces de asumir los gastos de su tratamiento(10).

El ámbito más influyente es la afectación psicológica que tiene este tipo de cáncer sobre las pacientes que lo padecen. Todo el proceso desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento de la enfermedad supone una situación de cambios, tanto para la paciente como para su familia y gente de su entorno(12).

Las mujeres pueden llegar a desarrollar altos niveles de morbilidad psicológica. Esto unido a malestar emocional y físico, sensación de desesperanza, estrés percibido, etc., da lugar a respuestas similares a las que suceden como consecuencia de un trastorno postraumático(1).

También, la paciente se enfrenta a posibles cambios de imagen corporal, como pueden ser la caída del cabello, la pérdida o el aumento de peso, la reconstrucción o la extirpación mamaria. En cuanto a la parte emocional, la incertidumbre sobre su futuro, el miedo a las pruebas diagnósticas o la falta de información, son factores que pueden desencadenar perjuicio de la calidad de vida(1,10).

Por otra parte, existen los efectos secundarios y las secuelas del tratamiento, tales como cansancio o pérdida de apetito. Añadido a todos los factores descritos previamente, origina en la paciente un estado de inseguridad y, por lo tanto, una baja autoestima. Todo ello en conjunto, desencadena una afectación en su vida diaria y en sus relaciones sociales, sobre todo en la relación de pareja(10, 12).

La implicación de los profesionales sanitarios, por lo comentado anteriormente, es crucial durante todo el proceso de enfermedad para dar apoyo y hacer más fácil el afrontamiento a todas las mujeres que tiene que librar esta batalla(12).

En concreto, se ha demostrado que la figura del personal de enfermería en los servicios a cargo de estas patologías, como las Unidades de Mama, tiene un papel muy importante. Llevan a cabo una serie de funciones y actividades dirigidas al cuidado personalizado, la gestión de consultas, la educación, la aportación de información y el apoyo emocional hacia la paciente(13).

## 1.2. Objetivos

### Objetivo general:

- Describir el papel de los profesionales de enfermería en el proceso asistencial en la Unidad de Mama.

### Objetivos específicos:

- Describir el proceso asistencial de una paciente diagnosticada de cáncer de mama.
- Explicar las competencias del personal de enfermería en dicho proceso.
- Analizar la importancia de la presencia de los profesionales de enfermería en las Unidades de Mama.

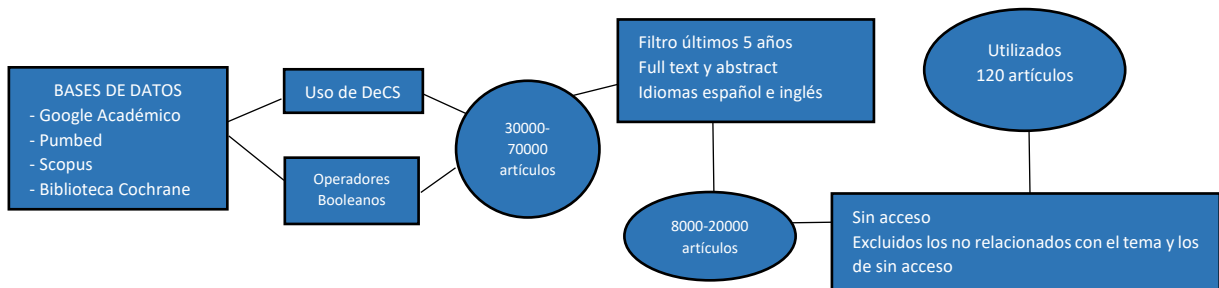
### 1.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Este trabajo de fin de grado consiste en una monografía, para ello se utilizaron las bases de datos: Google académico, Pumbed, Biblioteca Cochrane y Scopus. En cada una de las bases de datos, se ha llevado a cabo una búsqueda avanzada utilizando los siguientes *Medical Subject Headings* (MeSH): “breast neoplasms”, “mastectomy”, “nursing”, “postoperative care”, “health education”, “psychosocial impact” y “self care”.

Mediante la combinación de los anteriores descriptores junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”, y el empleo de los filtros, se logró acotar la búsqueda bibliográfica. Como puede observarse en la figura 1, se seleccionaron artículos y guías clínicas con hasta un máximo de 5 años de antigüedad, acceso a abstract, textos completos y en idioma español o inglés. Uno de los inconvenientes que se presentó fue el acceso restringido o bloqueado a artículos relacionados con la enfermería en el cáncer de mama, cuya aportación habría sido buena para la realización de la monografía.

Otras fuentes utilizadas para recabar información han sido las webs de diferentes organizaciones: la AECC, la SEOM, el Global Cancer Observatory y la International Agency for Research on Cancer.

Figura1. Diagrama de estrategia de búsqueda.



Fuente: Elaboración propia.

### 1.4. Descripción de los capítulos

Esta monografía está estructurada en dos capítulos, con objeto de tratar el objetivo principal que es el papel de la enfermería durante todo el proceso asistencial en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

- **Capítulo 1: Proceso asistencial en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama**

Se desarrollará todo el proceso que atraviesa una paciente desde el momento en el que es diagnosticada de cáncer de mama. Incluyendo también las diferentes formas de diagnóstico, pasando por todo el transcurso de la evaluación, la elección y la aplicación del tratamiento correspondiente; hasta llegar al fin de éste, con el consecuente seguimiento y revisiones periódicas tras el cáncer de mama.

- **Capítulo 2: Papel de la Enfermería en las Unidades de Mama**

En este capítulo se describirán con detalle todas las funciones que tiene y las actividades que lleva a cabo el personal de enfermería relacionadas con el cuidado y el apoyo a la paciente durante todo el proceso de enfermedad. Además, se tratará de reflejar la importancia que tiene en estas Unidades, en concreto, se relacionará con la Unidad de Mama del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria.

## 2. Proceso asistencial en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

El pronóstico del cáncer de mama, aún con los avances diagnósticos y terapéuticos, depende principalmente de la extensión en la que se encuentre la enfermedad en el momento de la detección. Es por ello por lo que existen otros caminos para identificar de manera precoz cambios en las mamas que puedan dar pie a lesiones tanto benignas como malignas, y así mejorar sus posibilidades de curación(14).

### 2.1. Formas de detección

#### 2.1.1. Detección precoz

Debido a la alta incidencia del cáncer de mama en la población de mujeres, y por ser también la principal causa de muerte en esta población en países desarrollados, cada vez se hace más énfasis y se le da más importancia al programa de detección precoz.

Sus orígenes se encuentran en la década de 1980, cuando se comprobó que la utilización de dicha detección precoz fue clave para disminuir la mortalidad un 20% y para mejorar el pronóstico de este tipo de cáncer a largo plazo. Sin embargo, en los últimos años se han expuesto los posibles efectos adversos, como el sobrediagnóstico, los falsos positivos y la exposición de la radiación(15).

Actualmente, se considera que los beneficios del cribado compensan los efectos adversos mencionados previamente. Esto es así puesto que la utilización de este sistema de detección acaba implicando una reducción de la agresividad del tratamiento oncológico(16).

Las campañas de cribado poblacional incluyen a mujeres de entre 50 y 65 años, a las que se les invita a hacerse una mamografía cada 1-2 años. Se puede comenzar en edades más tempranas (40-45 años), siempre que tengan factores de riesgos conocidos, tales como antecedentes familiares de cáncer de mama y factor genético(17).

La mamografía es una radiografía de baja dosis de rayos X de las mamas. Existen dos tipos de proyecciones a la hora de realizar esta prueba: la craneocaudal y la oblicua-medio-lateral, esas dos proyecciones se realizan una en cada mama(18). Se lleva a cabo con un mamógrafo y para ello es fundamental la colaboración de la paciente ya que, para obtener buenos resultados de imagen, es necesario que la mama esté bien colocada y comprimida(19).

#### 2.1.2. Autoexploración de las mamas

Una manera de complementar el estudio mamográfico es mediante un examen clínico de las mamas. Aproximadamente, el 20% de los casos de cáncer de mama se detectan durante una exploración física(20). Éste puede hacerlo el personal médico o de enfermería, pero cada vez se hace más hincapié en que las mujeres se familiaricen con sus mamas y aprendan a autoexplorarse.

La autoexploración puede ayudar a detectar síntomas mamarios como bultos, dolores o cambios en el tamaño de éstas. Con estos hallazgos, el siguiente paso es acudir a un facultativo de referencia para que realice una valoración más exhaustiva(21).

Esta práctica pueden llevarla a cabo mujeres a partir de los 20 años, siendo recomendable hacerlo entre el quinto y el séptimo día posterior al ciclo menstrual porque es en ese período cuando las mamas están más blandas. En mujeres con menopausia, se deberá hacer



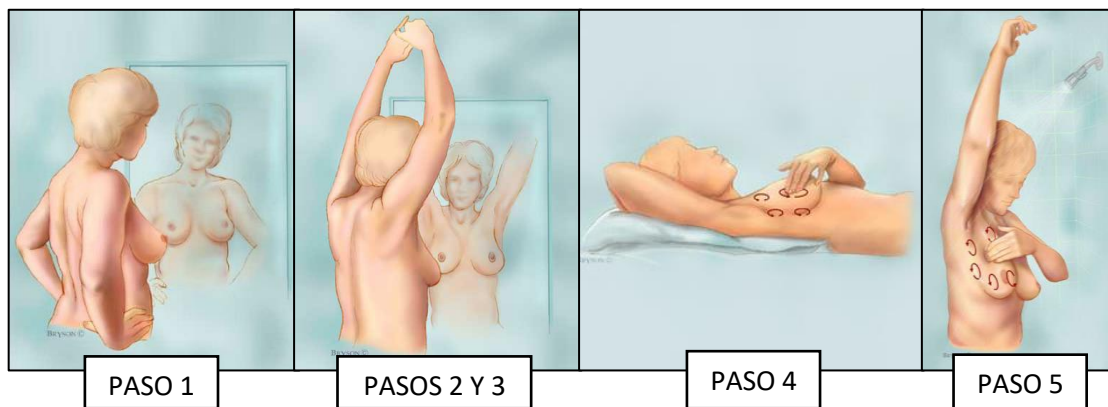
mensualmente, intentando que siempre sea el mismo día para favorecer la creación de un hábito(22).

No todo lo que se palpa tiene que ser un tumor. La mama tiene varias zonas que presentan bultos y protuberancias, como la zona superior externa. En la mitad inferior de la mama, la sensación al tacto puede percibirse como arenosa o pedregosa. La zona bajo el pezón puede sentirse como una acumulación de granos de maíz. Por ello, es importante conocer tu mama e ir comparando los cambios percibidos(20).

La autoexploración, una técnica con varios pasos sistemáticos, consiste en la observación y la palpación de una mujer hacia sus mamas. Debe realizarse en cada examen de forma similar para así mejorarlo y obtener mejores resultados(22,23).

Como se observa en la figura 2, el primer paso se lleva a cabo frente a un espejo. Se realiza una observación de los pechos con los hombros rectos y los brazos estirados a ambos lados del cuerpo. El objetivo es examinar la forma y tamaño de las mamas, así como la presencia o no de inflamaciones o deformidades(23). También se examina la piel, si está lisa y si el borde inferior es liso y regular(24).

*Figura 2. Pasos para realizar una autoexploración de las mamas.*



*Fuente: Los cinco pasos de la autoexploración de mamas [Internet]. [citado el 27 de enero de 2021]. Disponible en:*

*[https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem\(24\)](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem(24))*

Las alteraciones que pueden presentarse son: hoyuelos, arrugas o bultos en la piel; cambio de posición o inversión del pezón; enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación(23).

El siguiente paso trata de subir los brazos verticalmente e identificar alguna diferencia entre ambos pechos y entre una axila y la otra. Es importante comparar estas alteraciones percibidas, si las hubiese, respecto a la posición anterior.

A continuación, con ambos brazos al lado del cuerpo, se aprieta ligeramente el pezón y se examina si sale alguna secreción (transparente, lechoso o amarillento, o sangre). Hay que prestar atención tanto al tamaño y forma de la areola, como a la apariencia de alguna mancha o coloración anormal(23,24).

Después, se hace una palpación tumbada boca arriba, con el brazo de la mama a palpar detrás de la cabeza. Se presiona lentamente con la mano plana y los dedos estirados, utilizando la yema de éstos para hacer fuerza hacia adentro, con movimientos rotatorios. Se repetirán estos pasos en la prolongación axilar, la axila y la zona supraclavicular(24).

Por último, de pie o sentada, se debe palpar una vez más las mamas. Algo que lo facilita es que la mama esté mojada y, por lo tanto, resbaladiza, por lo que este último paso se puede hacer mejor en la ducha(23).

## 2.2. Diagnóstico definitivo del cáncer de mama

Una vez detectado cualquier cambio en la mama y, por lo tanto, ante la sospecha de que sea cáncer de mama, se pone en marcha un estudio para confirmar o descartar dicha alteración. Este estudio consta de pruebas de imagen complementarias que examinan en profundidad la posible mama lesionada(25).

Dentro de las pruebas de imagen complementarias, además de la mamografía, se encuentran: la ecografía de mama y la resonancia magnética nuclear (en adelante, RMN)(26).

La ecografía es una técnica que produce una imagen a través de los ultrasonidos. Se utiliza para distinguir lesiones quísticas, que contienen líquido y no suelen ser tumorales, de las lesiones sólidas. También, sirve para examinar los ganglios de la axila por si existiese diseminación del cáncer(25).

La RMN utiliza un campo electromagnético para obtener las imágenes. Se lleva a cabo junto a una mamografía en mujeres con tejido mamario denso, con mutación del gen BRCA y/o portadoras de prótesis de silicona. También es muy útil para evaluar la extensión del cáncer en mujeres ya diagnosticadas. Sirve para determinar el tamaño del cáncer, identificar otros tumores en la mama lesionada y para detectar otras lesiones en la mama contralateral(25,27).

Sin embargo, las pruebas descritas anteriormente no son el diagnóstico definitivo, para obtener el diagnóstico de confirmación es necesario realizar una biopsia. Esto permite conocer el tipo molecular de cáncer antes de tomar una decisión referente al tratamiento terapéutico(16).

La biopsia es una extracción de una muestra del tejido mamario lesionado, ésta después se analiza y se determina la naturaleza de la misma, benigna o maligna, el grado de agresividad y el tipo de células tumorales(25).

Hay diferentes tipos de biopsias, cada una con diferentes fines: biopsia asistida por vacío (BAV) guiada por estereotaxia (STX) o por ecografía, punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja gruesa (BAG) y galactografía(28).

La muestra obtenida es analizada en anatomía patológica, donde se realiza un examen que determina si el cáncer es invasivo o no. Este último se conoce también como cáncer de mama in situ. Según el lugar donde se encuentre, conducto o lobulillo, puede ser ductal in situ o lobulillar in situ(29).

Una vez obtenido el diagnóstico definitivo del cáncer de mama, el siguiente paso es determinar el estudio de extensión clínica del tumor. Éste consiste en analizar el nivel de afectación de la mama y ver si existe diseminación a ganglios linfáticos axilares u otros órganos o partes del cuerpo. Esto se suele hacer en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y, además de la RMN mencionada previamente, agrupa las siguientes pruebas(16,25):

- Radiografía de tórax: se utiliza para descartar la existencia o no de afectación pulmonar debido al tumor.
- Eco abdominal: sirve para examinar el hígado y el resto de las estructuras abdominales.
- Tomografía axial computarizada (TAC): se emplea para identificar posibles lesiones fuera de la mama, a nivel ganglionar, del hígado, de los pulmones o del hueso.

- Gammagrafía ósea: en ésta se inserta una sustancia radiactiva (contraste) que puede ayudar a determinar si el cáncer se ha propagado a los huesos y detectar áreas de propagación del cáncer no vistas en las radiografías previas(26).

### 2.2.1. Clasificación del cáncer de mama

Hay diferentes tipos de cáncer y diferentes clasificaciones existentes. Por lo que, antes de decidir el tratamiento más efectivo para la paciente, es preciso conocer el tipo de cáncer, el estado de los receptores hormonales y el estadio en el que se encuentra.

#### 2.2.1.1. Clasificación molecular

De la muestra obtenida en los procedimientos diagnósticos o al extraer el tumor durante la cirugía, se realiza una prueba conocida como estudio Inmunohistoquímico (IHC). Éste estudia sus células y analiza si tienen unas proteínas específicas, las cuales funcionan como receptores de las hormonas estrógeno y progesterona. Esto es importante ya que dichas hormonas estimulan el crecimiento tumoral.

Para que un receptor de hormonas sea positivo, al menos el 1% de las células analizadas debe tener receptores de estrógeno (ER) y/o progesterona (PR). En el caso de tener ambos, se etiquetaría como receptor de hormonas positivo (HR+)(30).

En relación con lo descrito previamente, una de las clasificaciones se corresponde a la molecular. A través del análisis de genes, se ha logrado clasificar molecularmente cuatro tipos de cáncer de mama: Luminal A, Luminal B, HER2 y basal like(31).

Los tumores luminales A y B son hormono dependientes, es decir, tienen receptores hormonales positivos para estrógeno y progesterona. Dentro de todos los cánceres de mama, éstos figuran como un 66% del total, siendo el tipo de tumores más frecuentes y, a la vez, de mejor pronóstico(32).

En cuanto a los HER2, suponen un 18-20% de tumores malignos mamarios, no tienen receptores hormonales, pero sí cuentan con sobreexpresión del receptor HER2. Tienden a crecer y propagarse más rápido que los otros, pero tienen buena respuesta a tratamientos con fármacos dirigidos específicamente a combatir a la proteínas HER2(33).

Por último, los basal like o triples negativos, tienen una incidencia del 15% y son los de peor pronóstico. Esto supone una gran limitación a la hora de tratarlo, puesto que no poseen receptores hormonales ni sobreexpresión de la proteína HER2, no sirviendo así ninguno de los medicamentos o terapias de éstos(16,33).

#### 2.2.1.2. Clasificación histológica

- **Carcinoma ductal in situ (CDIS):** este es el cáncer más común, 1 de cada 5 cánceres de mama recién diagnosticado será de este tipo. Es un cáncer no invasivo, es decir, no se ha propagado todavía al tejido mamario adyacente. Sin embargo, puede convertirse en invasivo y causar metástasis en el resto del cuerpo(33).
- **Carcinoma lobulillar in situ (CLIS):** tiene origen en los lóbulos mamarios. Este también es no invasivo y, a diferencia del anterior, es de naturaleza benigna. Sin embargo, indica que la persona que lo padece tiene mayor riesgo de desarrollar un tumor maligno y

pasar a ser invasivo. Suele diagnosticarse frecuentemente en mujeres antes de la menopausia, en la edad de entre 40 y 50 años(34).

- **Carcinoma ductal/lobulillar infiltrante o invasivo:** este ocurre cuando los dos anteriores pasan de no invasivo a invasivos. Invaden el resto de la mama, la piel y otros tejidos, pudiendo llegar a otras partes del cuerpo (metástasis) a través del sistema linfático y del torrente sanguíneo. Es muy común que se diagnostique en mujeres de 55 años o mayores, también afecta a hombres(35,36).
- **Carcinoma inflamatorio:** es un tipo de cáncer poco común, supone el 1% de todos los cánceres de mama, pero es muy agresivo. Se caracteriza por el hinchazón o edema de la mama en vez de un bulto; la piel de la mama roja, rosa o morada e inflamada; dolor, ardor o calor; la aparición de ronchas o urticaria; y hoyuelos que dan una apariencia de piel de naranja a la mama(37).
- **Enfermedad de Piaget:** esta enfermedad afecta a la piel del pezón y a la areola. Se conoce que la afectación empieza en los conductos galactóforos y se expande hacia el pezón. Los síntomas más comunes son: picor, ardor, dolor y sensibilidad, descamación de la piel, retracción y secreción amarillenta o sanguinolenta del pezón(38).
- **Angiosarcoma de la mama:** este cáncer es común que surja como complicación de la radioterapia tras 8-10 años del tratamiento. Se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Se caracteriza por cambios en la piel (nódulos morados), protuberancias de la mama o ambos(39).

#### 2.2.1.3. Clasificación por TNM

Como puede observarse a continuación en la tabla 1, el sistema TNM fue creado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC). Sus siglas se corresponden al tamaño del tumor (T), a la afectación de los ganglios linfáticos (N) y a la presencia de metástasis en órganos distales (M)(16).

Tabla 1: Clasificación por TNM.

|   |    |   |
|---|----|---|
| T | TX | No se puede evaluar el tumor primario.                                  |
|   | T0 | No hay evidencia de tumor primario.                                     |
|   | T1 | Tumor igual o menor a 2cm.  |
|   | T2 | Tumor de entre 2 y 5cm.   |
|   | T3 | Tumor mayor de 5cm.   |
|   | T4 | Tumor de cualquier tamaño e invasión de la pared torácica o de la piel. |
| N | NX | No se pueden evaluar los ganglios linfáticos adyacentes.                |
|   | N0 | El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.      |

|          |           |  |
|----------|-----------|--|
|          | <b>N1</b> | Propagación del cáncer a entre 1 y 3 ganglios linfáticos axilares y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamarios internos. |
|          | <b>N2</b> | Propagación del cáncer a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.                   |
|          | <b>N3</b> | Propagación del cáncer a 10 o más ganglios linfáticos, o ganglios mamarios o supraclaviculares afectados.  |
| <b>M</b> | <b>MX</b> | No se puede evaluar la metástasis.   |
|          | <b>M0</b> | No se encuentra metástasis en las radiografías.  |
|          | <b>M1</b> | Existe propagación del cáncer a órganos distales como huesos, pulmones, cerebro o hígado.  |

Fuente: Americana Contra el Cáncer S. Etapas del cáncer de seno [Internet]. 2019 [citado el 21 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html\(40\)](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html(40))

A partir de la clasificación por TNM, en la tabla 2 se muestra cómo el cáncer de mama se agrupa en los siguientes estadios:

Tabla 2: Subclasificación por estadios.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>ESTADIO 0</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lesiones premalignas localizadas en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos.</li> <li>➤ Son los conocidos como carcinomas in situ.</li> </ul>                  |
| <b>ESTADIO I</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ T1, N0, M0: tumor inferior a 2cm, sin afectación de los ganglios linfáticos ni metástasis.</li> </ul>   |
| <b>ESTADIO II</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IIA: T0, N1, M0 ó T1, N1, M0 ó T2, N0, M0</li> <li>➤ IIB: (T2, N1, M0 ó T3, N0, M0)</li> <li>➤ Tumor entre 2 y 5cm, con o sin afectación de los ganglios axilares.</li> </ul>     |
| <b>ESTADIO III</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IIIA (T0-2, N2, M0 ó T3, N1-2, M0)</li> <li>➤ IIIB (T4, N0-2, M0)</li> <li>➤ IIIC (T0-4, N3, M0)</li> <li>➤ Afectación de ganglios axilares y/o piel y pared torácica.</li> </ul> |
| <b>ESTADIO IV</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cualquier T o N, M1</li> <li>➤ Existe metástasis en otros órganos del cuerpo.</li> </ul>  |

Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer. Tratamientos del Cáncer de Mama [Internet]. AECC. 2019 [citado el 15 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento\(47\)](https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento(47))

## 2.3. Tratamiento del cáncer de mama

### 2.3.1. Tratamiento neoadyuvante

Anteriormente, como tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer mama muy avanzado y ya sin posibilidad de operar, se administraba quimioterapia. Últimamente, se ha estado utilizando también en tumores operables la quimioterapia previa a la cirugía, para promover la conservación de la mama y, en algunos casos, para evitar la extirpación de los ganglios linfáticos axilares(41).

La quimioterapia neoadyuvante se lleva a cabo para reducir el tamaño del tumor en cánceres que son muy grandes y dificultan su extracción en el momento de la cirugía. También, ésta puede reducir el riesgo de reaparición del cáncer de mama. Los principales fármacos utilizados en esta quimioterapia son el trastuzumab y el pertuzumab asociados a docetaxel(42).

Otra razón para llevar a cabo este tratamiento es conocer la sensibilidad que tiene el tumor a los diferentes fármacos que se administran durante esta terapia, esto facilita la elección de tratamientos posteriores a la cirugía.

Durante la administración del tratamiento neoadyuvante, es preciso marcar el tumor con un material radiopaco, asegurando así que, en el momento de la cirugía, el cirujano encuentre el tumor a la hora de extirparlo, por si éste disminuye mucho de tamaño o incluso desaparece(43).

### 2.3.2. Tratamiento quirúrgico

En mujeres con cáncer de mama en estadios, tanto tempranos como tardíos, se lleva a cabo como parte del tratamiento la cirugía de mama. Según el estadio y la situación de cada paciente, ésta se realiza con unos objetivos diferentes y específicos.

Los objetivos pueden ser cualquiera de los siguientes, individualmente o en conjunto(44):

- Como objetivo principal, se encuentra el extraer el tumor de la mama, eliminando así el foco principal de cáncer lo máximo posible.
- Comprobar y corroborar mediante una biopsia del ganglio centinela si existe propagación del cáncer en los ganglios linfáticos axilares.
- Reconstruir la mama tras la extirpación del cáncer.
- En pacientes con cáncer metastásico o en estadios avanzados, se lleva a cabo como tratamiento paliativo, para aliviar los síntomas como los sangrados, las infecciones o el dolor. También se realiza para mejorar la calidad de vida.

El tumor de la mama funciona como reservorio de células cancerígenas. Éstas pueden migrar hacia otros órganos, reproducirse y alterar el microentorno, favoreciendo así, la aparición de metástasis. En pacientes con cáncer de mama metastásico, la cirugía elimina ese foco y puede mejorar su supervivencia(45).

Existen dos tipos de cirugía para la extirpación del tumor, la conservadora y la mastectomía.

### *2.3.2.1. Cirugía conservadora*

La primera de ellas, la cirugía conservadora, consiste en extirpar solo el tumor mamario de la mama afectada, de ahí su nombre tumorectomía. Añadido a la anterior, también es posible extirpar el tejido de alrededor y los ganglios linfáticos que puedan estar afectados, denominándose cuantrectomía. De esta manera, se deja dentro de lo posible intacta el resto de la mama.

Esta cirugía siempre debe ir acompañada de tratamiento complementario con radioterapia, y según la necesidad de tratamiento adyuvante o no, puede recibir quimioterapia, hormonoterapia, etc. En el caso de que hubiera que administrar quimioterapia adyuvante, cabe la posibilidad de que fuese necesario aplazar la radioterapia.

La elección de este tipo de cirugía depende de factores como la localización del tumor, el tamaño de éste y de las mamas, y la estética de las mamas entre otros. Así pues, el cirujano tomará una decisión u otra, valorando la situación siempre con la paciente(32,46).

### *2.3.2.2. Cirugía de extirpación de la mama*

El otro tipo de cirugía es la mastectomía, en la que se extirpa toda la mama. Puede ser de una única mama o bilateral, es decir, de ambas mamas. Esta cirugía se utiliza como método profiláctico para disminuir el riesgo de desarrollar en un futuro cáncer de mama, pero no lo elimina por completo.

Existen dos tipos de mastectomías(32):

- Mastectomía radical modificada: extirpación de la mama, es la más utilizada.
- Mastectomía radical: extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios axilares.

A su vez, se ha de tener en cuenta que la pérdida de ambos pechos da lugar a una afectación psicoemocional en las pacientes que se someten a ella. Por ello, se trata de una decisión muy importante y de la que se debe proporcionar la información necesaria y suficiente. Esto deben hacerlo los profesionales sanitarios para facilitar y ayudar en la toma de su decisión(44,46).

Uno de los primeros lugares donde se puede propagar el cáncer son los ganglios linfáticos de la axila. En el momento de la cirugía se aprovecha y, dependiendo del tamaño del tumor y del estadio de la enfermedad de la paciente, se realizan uno o ambos de los siguientes procedimientos: el conocido como ganglio centinela y la linfadenectomía.

En primer lugar, se lleva a cabo la biopsia del ganglio centinela, que es la extracción del primer ganglio linfático. Para localizarlo, el servicio de medicina nuclear se encarga de inyectar una sustancia radioactiva que viaja a través de los conductos linfáticos hasta llegar a sus referentes ganglios. Una vez extraído, se analiza para detectar la presencia o no de células tumorales. En caso de ser negativo, es decir, que no hay presencia de células malignas, no hace falta extraer más ganglios.

Sin embargo, si el ganglio centinela es positivo, se procede a realizar la linfadenectomía. Esta última consiste en la extirpación de algunos de los ganglios axilares, entre 10 y 40 de éstos. A

veces se realiza en el propio acto quirúrgico, si no, se hace posteriormente a la primera intervención(32,43).

La linfadenectomía es un procedimiento que tiene como complicación potencial principal el linfedema. Éste debe tenerse en cuenta puesto que surge con bastante frecuencia y tiene una elevada interferencia en los aspectos funcionales y de calidad de vida de la paciente. Puede aparecer inmediatamente tras la cirugía o de manera tardía, hasta 30 días después del tratamiento del cáncer de mama.

El linfedema es el resultado de la alteración en la capacidad de depurar y transportar la linfa por el sistema linfático, dando lugar a la acumulación de líquido linfático en el tejido intersticial. En pacientes de cáncer de mama, las zonas del cuerpo que se ven más afectadas son los brazos y las piernas(47,48).

Entre los síntomas que puede producir, se encuentran (47,48):

- Inflamación de una zona del brazo o la pierna.
- Sensación de “pesadez”.
- Debilidad o disminución de la movilidad y flexibilidad de la parte afectada.
- Los complementos como joyas, calzado o la ropa aprietan más de lo habitual.
- Molestias o dolor.
- Piel endurecida.
- Apariencia de piel de naranja.
- Desaparición de venas y relieves óseos.
- Picor en las piernas.
- Trastornos del sueño.

Tras decidir la cirugía que se va a realizar, se inicia la solicitud de pruebas diagnósticas y las citaciones correspondientes (radiología, anestesia, pruebas analíticas, etc.).

### 2.3.3. Tratamientos sistémicos

#### 2.3.3.1. *Hormonoterapia*

El subtipo de cáncer más frecuente es el luminal, en esos casos el tratamiento hormonal se plantea después del tratamiento quirúrgico. También se emplea en el control y manejo del cáncer de mama metastásico.

Puede administrarse de manera adyuvante, sobre todo en pacientes con expresión de ER y PR. En caso de escoger esta opción y ser necesario la administración también de quimioterapia adyuvante, primero tendría lugar ésta y tras ella, la terapia hormonal(49).

Existen dos tipos de hormonoterapia según el momento en el que se encuentre la paciente referente a la menopausia: pacientes premenopáusicas y pacientes postmenopáusicas.

En las pacientes premenopáusicas, el fármaco de elección utilizado es el tamoxifeno 20mg al día. Es un antiestrogénico no esteroideo que tiene como principal función el efecto antineoplásico. Además de esto, tiene beneficios a nivel del hígado, disminuyendo el colesterol



y las lipoproteínas de baja densidad, y a nivel óseo, ayudando a detener la pérdida de tejido óseo tras la menopausia(49,50).

Generalmente, la duración de este tratamiento se corresponde a cinco años, aunque en pacientes que hayan tenido ganglios positivos, es decir, pacientes de alto riesgo, se puede llegar a ampliar el tiempo de tratamiento a diez años(50).

En pacientes postmenopáusicas, el tratamiento hormonal se clasifica en:

- Esteroideos, como el exemestano.
- No esteroideos, como el anastrozol y el letrozol.

En cuanto a los efectos secundarios, es importante resaltar la afectación ósea, pudiendo aumentar la osteoporosis y el riesgo de sufrir con el tiempo fracturas osteoporóticas. Por ello, se realizan densitometrías basales de manera frecuente(51).

La duración del tratamiento hormonal también es de cinco años. Existe la posibilidad de un cambio a este tipo de hormonoterapia en pacientes que lleven dos o tres años con el tamoxifeno, así como la ampliación del tratamiento tras completar los cinco años con este fármaco(50,51).

#### *2.3.3.2. Quimioterapia*

Además de la quimioterapia neoadyuvante descrita anteriormente, se utiliza la quimioterapia adyuvante, sobre todo en las pacientes diagnosticadas del subtipo de cáncer HER2 y del triple negativo. Pues, la adición del trastuzumab al tratamiento ha mejorado mucho el pronósticos de estas pacientes(49).

Las combinaciones principales de fármacos o de manera separada que se utilizan son las antraciclinas y los taxanos (paclitaxel y docetaxel). También hay una línea compuesta por la ciclofosfamida, el metotrexato y el 5-fluorouracilo(52).

Ésta debe iniciarse después de tres o cuatro semanas tras la intervención quirúrgica y su duración óptima es de cuatro a seis meses, pudiendo alargarse más en función del caso a valorar.

Una de las mayores preocupaciones en cuanto a la quimioterapia siempre son los efectos secundarios que esta puede causar. Entre ellos se pueden dar a corto plazo la alopecia, las náuseas y vómitos, la neutropenia y la mucositis. Más a largo plazo pueden aparecer la astenia, el riesgo de toxicidad cardiológica y las leucemias agudas(49).

Otro factor a destacar es que en pacientes menores de 40 años, se ofrece la posibilidad de la preservación ovárica antes de iniciar la quimioterapia, debido a la eliminación de la función ovárica que ocurre como resultado del uso de los taxanos(52).

## 2.4. Seguimiento y revisiones después del tratamiento

Una vez finalizado el tratamiento, es necesario que las pacientes participen y lleven a cabo una serie de revisiones periódicas. Esto se hace para controlar los efectos secundarios de la terapia, valorar su evolución, comprobar que todo va bien y en caso de que existiese una recaída u otros tipos de problemas, iniciar lo más rápido posible un nuevo tratamiento.

Cada paciente tiene sus circunstancias, por ello será el médico que este a su cargo, quien decida cuánto tiempo debe pasar entre cada revisión y los procedimientos que se vayan a realizar en cada una de éstas(53).

Con el paso del tiempo va disminuyendo el riesgo de reaparición de la enfermedad. Se recomienda realizar revisiones cada tres o cuatro meses durante los dos o tres primeros años tras el diagnóstico. A partir del cuarto año, se van espaciando las revisiones a cada seis meses; y en el quinto año, las revisiones suelen ser anuales(54).

En las primeras revisiones se llevan a cabo las consultas con el médico, donde se realiza una exploración clínica (exploración física y entrevista clínica). De forma no tan común, se piden análisis de sangre, para examinar los marcadores tumorales, o a veces, solo a modo de examen general. Puede citarse también a las pacientes para una radiografía de tórax(53).

Como prueba estrella en pacientes que se han sometido a una cirugía conservadora, tiene lugar una mamografía de la mama afectada de seis a doce meses después del tratamiento con radioterapia. A partir de ahí, se haría una mamografía anual de la mama afectada y, además, de la mama sana para seguir un control y prevenir la aparición de lesiones en ésta(54,55).

En caso de estar bajo tratamiento con hormonoterapia (tamoxifeno o toremifeno), se tendrían que realizar exámenes pélvicos por el riesgo de desarrollar un cáncer de útero. Este riesgo es mayor en mujeres postmenopáusicas. Si el fármaco usado en la hormonoterapia es el letrozol, anastrozol o exemestano, también habría que llevar a cabo pruebas de densidad ósea(54).

Durante el resto del tiempo que no acuda a este tipo de revisiones, la paciente puede acudir si le surgen dudas, si sufre de distrés psicológico, o si apareciesen signos o síntomas de alarma de una posible lesión nueva(53,54).

### 3. Papel de la enfermería en una Unidad de Mama

#### 3.1. Aspectos psicológicos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

El cáncer de mama abarca muchos focos de gran impacto, entre ellos el laboral, el entorno social, la imagen personal o las rutinas diarias, pero el más importante es el ámbito psicológico.

Todo el proceso que atraviesan las pacientes desde que reciben el diagnóstico hasta el fin del tratamiento, se ve envuelto en momentos de incertidumbre respecto al pronóstico, el tratamiento, las pruebas médicas, las consultas o los efectos secundarios del tratamiento(56).

Esto se ve acompañado del miedo y del duelo emocional que disminuye el bienestar psicológico de estas mujeres. Afectando como resultado final a su calidad de vida.

Esta es la razón por la que se considera fundamental trabajar con este tipo de pacientes la autoestima y el poder de resiliencia. El objetivo es lograr que tengan menos secuelas emocionales negativas y lleven a cabo un mayor autocuidado, mejorando así su salud tanto física como psicológica(56).

Dentro de los aspectos psicológicos que más se pueden ver afectados se encuentra la imagen corporal y la función sexual. Estos afectan directamente al sentimiento de feminidad y de ser uno mismo, sobre todo en pacientes diagnosticadas jóvenes.

El cambio psicológico viene dado en su gran mayoría por cambios físicos: se daña la imagen corporal, relacionado con la pérdida parcial o completa de las mamas; la llegada de la menopausia prematura, con todos los síntomas que también conlleva; y cambios en la función sexual y en la fertilidad(57).

La imagen corporal significa por un lado sentirse atractiva y femenina. Por otro lado, estar cognitivamente satisfecha o no con cómo se ven y con el resultado de la cirugía (cicatriz). Tiene, además, un componente conductual, ya que tienden a evitar a la gente por sentirse inseguras en la apariencia.

Las mujeres que tienen una mejor concepción de su imagen corporal han sido capaces de lidiar mejor con el cáncer. Por el contrario, verlo de manera negativa, repercute física, psicológica e incluso socialmente en la persona; aumentando también el estrés y la depresión, dando pie a una peor calidad de vida(58).

En función de la autoimagen corporal que tenga la mujer diagnosticada, se verá afectada su salud y función sexual. El origen de esta disfunción sexual viene por una premenopausia adelantada con una pérdida de hormonas (estrógenos y testosterona). Esto se asocia a ciertos síntomas como disminución de la libido y cambios en el área vulvovaginal (sequedad vaginal, pérdida de elasticidad y aumento de fragilidad del tejido). Consecuentemente, generan incomodidad e incluso dolor durante la actividad sexual en solitario o en pareja.

Si la función sexual está alterada, puede provocar estrés y ansiedad en la paciente, creando un impacto negativo en sus relaciones íntimas y/o de pareja. Por lo tanto, como la situación

anterior, también empeoraría la calidad de vida y el afrontamiento al diagnóstico y proceso del cáncer(57).

Todo llega a un punto común que es el estrés que sufren, pudiendo llegar a un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). A nivel fisiológico, el estrés puede tener consecuencias en la calidad del sueño y afectar al sistema inmunitario, cardiovascular, neuroendocrino y nervioso central. En cuanto a la parte psicológica, menoscaba la seguridad y el bienestar de la persona porque perciben la situación como dañina o amenazante(59,60).

A su vez, además del estrés, las mujeres diagnosticadas pueden padecer síntomas depresivos. Esto se debe a la falta de habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social, antecedentes psicológicos e incluso encontrarse en edad temprana.

La depresión también produce cambios en el sistema inmune y endocrino. Por ejemplo, las pacientes depresivas en tratamiento con radioterapia tenían más efectos secundarios como sequedad de boca, irritación en la piel y dolor en la zona radiada(60).

Por todo ello, cada vez se llevan a cabo más estudios que traten e investiguen estos aspectos psicológicos durante el comienzo y la duración de todo el proceso patológico, puesto que tiene influencia sobre la capacidad de recuperación y rehabilitación. Así pues, también se hace mucho más hincapié en las diferentes formas de adquirir habilidades o recursos para mejorar el afrontamiento. Como principal sustento tiene que existir una creencia positiva, salud y energía física, y muy importante el apoyo social para tener una fuente de apoyo emocional y/o informativo(61).

### 3.2. Funciones de enfermería en la Unidad de Mama

Para que la Unidad de Mama funcione correctamente, uno de los principales pilares debe ser la incorporación de un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios. Cuantos más profesionales formados contenga, existirá mayor capacidad de respuesta y resolución a los diferentes aspectos relacionados con la enfermedad y expectativas de la paciente.

Dos de las principales sociedades creadas para el tratamiento de esta patología, la *European Society of Mastology* (EUSOMA) y la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), definen este equipo disciplinar como aquel formado por los siguientes profesionales(62):

- Personal médico: cirujanos plásticos o con experiencia en reconstrucción mamaria, ginecólogos, facultativos especialistas en medicina nuclear, oncólogos médicos y oncólogos radioterapeutas.
- Radiólogos y técnicos de imagen especializados en radiografías.
- Fisioterapeutas especializados en la prevención y tratamiento del linfedema.
- Psicólogos especializados.
- Personal de enfermería especializado en los cuidados relacionados con el cáncer de mama.

Las funciones principales que cumplen los profesionales de enfermería en las consultas de las Unidades de Mama son las siguientes:

- **Educación e información**

Una paciente recién diagnosticada de cáncer de mama lo primero que siente es miedo, incertidumbre y ansiedad ante esta nueva situación. Por ello es fundamental que el primer paso que se da en el proceso de estas pacientes sea aportar toda la información necesaria y posible a la propia paciente y a sus familiares(63).

Dentro de toda la información que el profesional de enfermería debe proporcionar se encuentra la explicación de la cumplimentación del consentimiento informado de la intervención quirúrgica. Esto ayuda a preparar a la paciente para que sepa todo lo que conlleva el proceso quirúrgico y los procedimientos preoperatorios(63).

No solo en cuanto a la cirugía, en caso de que fuera el tratamiento de elección, sino que también la enfermera le resolverá las dudas sobre la finalidad de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Una vez el médico haya previamente informado a la paciente, la enfermera ayuda a clarificar los conceptos y pasos a seguir(64).

Por último, enfermería se encarga de educar a las pacientes y enseñar los cuidados necesarios tras ser intervenidas quirúrgicamente(63,64).

- **Asesoramiento y apoyo emocional**

Dentro del apoyo que brinda la enfermería en estas unidades, el más importante es la atención y los cuidados que requieren y necesitan las mujeres diagnosticadas, tanto en el aspecto físico como el emocional(63).

Desde el momento en que las mujeres reciben el diagnóstico, el profesional de enfermería supone una importante figura de apoyo que las acompaña hasta el final del proceso. Estas mujeres pueden llegar a inhibirse por la no aceptación del diagnóstico y de los cambios que ello puede provocar en su vida. También, esto puede afectar al plan de tratamiento y a las intervenciones pactadas para su correcto cumplimiento(63).

Por ello, el profesional de enfermería tiene que ser capaz de lograr establecer una buena relación terapéutica profesional-paciente basada en el respeto y la confianza. La comunicación tiene que ser cordial y amable, propiciando un ambiente seguro y cercano a la paciente. Esto permitirá de forma efectiva la continuidad y mejora en los cuidados(65).

De esta manera, será más fácil la expresión de miedos, incertidumbres, sentimientos, dudas e inquietudes. Así, la mujer afrontará mejor la enfermedad y conseguirá adaptarse al tratamiento necesario, obteniendo así una mejor calidad de vida durante y después de la enfermedad(63,65).

- **Gestión y coordinación**

Enfermería se encarga de toda la coordinación y la gestión del proceso asistencial, además de gestionar la Unidad de Mama. Esto quiere decir que planifica y lleva un control desde el momento en el que la paciente entra en la unidad. Ahí es confirmado el diagnóstico y comienza a pasar por todos los procesos asistenciales y terapéuticos. El seguimiento por parte de enfermería se mantiene hasta que todo finaliza(63).

Es un trabajo que engloba la coordinación de los diferentes servicios que tratan el caso, la citación de consultas interdisciplinarias y las consultas en la propia unidad. También, está pendiente de la resolución y la revisión de los resultados para tener la información que hay que transmitir a la paciente lo antes posible. Esto es importante porque así se puede disminuir la ansiedad de la paciente por la incertidumbre y espera del resultado, evitando la espera innecesaria(66).

De lo que se trata, es de hacer que el proceso por el que tiene que pasar la paciente, tenga el menor impacto posible sobre su vida y que a su vez garantice una atención integral y completa(63).

- **Asistencia al médico**

El profesional de enfermería trabaja de manera conjunta con el facultativo a la hora de complementar la información dada inicialmente tras obtener un diagnóstico definitivo.

También, en el momento de las consultas con la paciente, el profesional enfermero acompaña al facultativo y juntos valoran las necesidades y el estado de la paciente.

Facilita la interacción entre el facultativo y la paciente, haciendo a la mujer participe en la toma de decisiones sobre su enfermedad.

Como se ha reflejado en la función educativa, el profesional de enfermería refuerza la explicación y la información proporcionada en la consulta médica, en caso de que la paciente se haya quedado con dudas o inseguridades.

Por lo tanto, la actuación conjunta de ambos profesionales les permite obtener la máxima información sobre los cuidados y necesidades de la paciente(63).

- **Cuidados post-intervención quirúrgica**

Por lo general, como la intervención quirúrgica es el tratamiento de elección, hay una serie de cuidados postcirugía de los que se encarga enfermería.

Los tres cuidados principales son el cuidado y retirada de drenajes, curas de la herida quirúrgica, retirada de suturas, y prevención del linfedema. Para ello, existen protocolos de cuidados específicos en las diferente Unidades(66).

### 3.3. Unidad de Mama del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)

La Unidad de Mama se encuentra ubicada en la zona de Valdecilla Sur, en la planta 0, pasillo 2, entrando por la puerta principal. Se creó físicamente en el 2016, aunque diez años antes ya existía la idea de un profesional de enfermería coordinador del del proceso asistencial.

Esta Unidad de Mama de Cantabria atiende una media de 250 a 275 de pacientes al año que han sido positivas en la patología. Por cada paciente nueva se generan de 3 a 4 consultas y sesiones oncológicas, dependiendo del tratamiento llevado a cabo y las necesidades que requiera.

El horario de atención es de lunes a viernes siempre de mañana (8:00h-15:00h). Está distribuida en tres consultas Nº37, Nº 38 y Nº 39 y el equipo está formado por dos enfermeras, personal médico (cirujanos, ginecólogos, oncólogos y radiólogos), técnicos y enfermera de radiología y una psicooncóloga.

La consulta Nº 37 la utiliza la psicooncóloga todos los días menos los lunes, y los martes cada 15 días; los lunes, que es cuando está libre, la utiliza el ginecólogo y uno de los cirujanos de la unidad para pasar consulta.

La consulta Nº 38 pertenece a una de las dos enfermeras para realizar las curas de las cirugías todos los lunes y los jueves. Los miércoles y los viernes en ésta misma, pasa también consulta con los otros dos cirujanos.

Por último, la consulta Nº 39 corresponde a la enfermera coordinadora y gestora de la unidad. En ella recibe a las pacientes para explicarles todo el proceso asistencial, pactar las citas para pruebas o consultas, ofrecerles apoyo emocional y resolver las posibles dudas que tengan.

En cuanto a la dinámica de trabajo u organización de la unidad, tiene como función principal el tratamiento y el seguimiento de las distintas patologías relacionadas con la mama, tanto en mujer como en hombre. Trabaja juntamente con el servicio de Radiología de Patología Mamaria del HUMV, donde se realizan todos los procedimientos diagnósticos (mamografías, ecografías, biopsias, estereotaxias, citologías, etc.) y se obtiene el diagnóstico definitivo.

Las mujeres diagnosticadas están amparadas bajo el servicio de Mama; desde ese instante hasta el momento en el que finalizan el tratamiento correspondiente. A partir de ahí, se pauta un seguimiento anual como control y prevención de futuras recidivas o patologías nuevas.

El objetivo de la Unidad de Mama, aparte de todo el proceso diagnóstico-terapéutico, es ofrecer apoyo a todas las pacientes que, por unas circunstancias u otras, se ven en la situación de afrontar un gran cambio en su vida, como es el cáncer de mama(67).

Por lo tanto, se les acompaña desde el principio hasta el final, asegurando una atención individualizada y enfocada a las diferentes necesidades de cada paciente, intentando hacer lo más ameno posible el tramo al que se enfrentan.

Todo el recorrido mencionado previamente queda reflejado y desarrollado en un protocolo de la Unidad de Mama, donde se describe todo el circuito del proceso asistencial, que se corresponde al siguiente(68):

1) Llegada a la unidad

En primer lugar, se recibe a las pacientes en la unidad, procedentes de diferentes vías por solicitud de valoración expresa. Pueden llegar a través de derivación por su médico del centro de salud, de atención extrahospitalaria correspondiente a servicios privados, del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) y del propio hospital a través de otros servicios. Llegan ya con un diagnóstico posible y pendientes de realizar las pruebas necesarias para especificar y obtener el diagnóstico definitivo.

Aquí es la enfermera del proceso asistencial la que tiene una primera consulta de enfermería con la paciente. En ella, se le completa la información médica ya obtenida a la paciente y se resuelven las posibles dudas. Se le facilita el teléfono de contacto de la enfermería, con el que la paciente ya cuenta para todo el proceso en caso de cualquier duda, problema o necesidad que tuviese.

Lo más importante, aquí se empieza a forjar la relación terapéutica enfermera-paciente, siendo la enfermera la principal fuente de apoyo psicológico y ayuda emocional.

2) Diagnóstico

Una vez la paciente ha sido recibida y adjudicado su correspondiente facultativo responsable, se procede a la realización de los procedimientos diagnósticos necesarios para obtener el diagnóstico definitivo, y así poder dar comienzo al tratamiento más específico y adecuado para ella.

3) Primera sesión clínica

Tras tener el diagnóstico definitivo, la enfermera del proceso convoca una sesión multidisciplinar, donde se presenta el caso y el equipo toma una decisión en común respecto al tratamiento más adecuado que debe recibir la paciente.

La decisión del tratamiento tiene dos vertientes principales, hacer directamente una intervención quirúrgica, o iniciar primero una quimioterapia neoadyuvante y realizar una valoración posterior a ésta para ver si requiere intervención quirúrgica secundaria o no.

4) Primera consulta médica y segunda de enfermería

Cualquiera que sea el tratamiento escogido, intervención quirúrgica o quimioterapia neoadyuvante, la paciente tiene una primera consulta con los profesionales responsables para recibir toda la información sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Tras la decisión comunicada por el facultativo, pasa a consulta con la enfermera gestora y coordinadora de la unidad. Ésta es quien se encarga de reforzar la información recibida, resolver todo tipo de dudas que pueda plantear la paciente, ofrecerle consulta con la psicóloga de la unidad y citar las siguientes consultas.



Si la decisión primera es la de quimioterapia neoadyuvante, la enfermera solicita cita con el servicio de oncología, para que, a partir de ese momento, se derive a la paciente, comiencen con el tratamiento oncológico y sigan la evolución. Una de las citas importantes que también gestiona la enfermera, es la colocación del clip/arpón en el servicio de radiología antes de comenzar con la quimioterapia. Esto último se hace para tener localizada la lesión, dado que ésta puede desaparecer o disminuir a lo largo del proceso.

A pesar de ello, la enfermera de la Unidad de Mama continúa con un seguimiento telefónico para revisar que la paciente acuda a las citas, siga correctamente el procedimiento y para seguir siendo una figura de apoyo.

En el caso de que el tratamiento sea directamente la intervención quirúrgica, la enfermera tramita las citas para las pruebas descritas en apartados anteriores, que se corresponden a:

- Si la axila en el diagnóstico sale negativa, se hace Ganglio Centinela. Este se hace en el momento de la cirugía, intraoperatorio, pero el día antes la paciente acude a medicina nuclear para inyectar el contraste.
- Si la axila en el diagnóstico sale positiva, lo que significa posibilidades de tumor extendido, hacen linfadenectomía entre otras técnicas en la intervención quirúrgica. Por ello, también se hace un estudio de extensión junto con el servicio de medicina nuclear (analítica, gammagrafía ósea, eco abdominal y radiografía de tórax, o TAC toracoabdominopélvico), dos semanas aproximadamente antes de la operación.

En ambos casos, enfermería gestiona y coordina las citas para intentar juntar las pruebas en el mismo día. Y este día de la primera consulta, acompaña a la paciente al servicio de medicina nuclear donde la reciben y la acuerdan ya la cita para realizar todo el estudio de estadificación.

Sobre todo, en esta segunda consulta se trata de ayudar a la paciente a gestionar las emociones y brindarle apoyo tras enfrentarse el diagnóstico definitivo, acompañándola y aportándole toda la información necesaria para afrontar el proceso.

#### 5) Intervención quirúrgica y anatomía patológica

Tras aproximadamente dos semanas de espera y habiendo sido realizadas todas las pruebas necesarias, llega el día de la intervención. La pieza extraída en la cirugía es enviada a anatomía patológica para ser examinada y los resultados tardan entre dos semanas y un mes.

#### 6) Cuidados y seguimiento postoperatorio durante espera de resultados de anatomía patológica

Tras la cirugía, la paciente recibe dos visitas de la enfermera si ha ingresado en planta, o solo una si el ingreso ha sido en el Hospital de Día Quirúrgico. Tanto en un ingreso como en otro, la primera visita está encaminada a los cuidados postoperatorios, al apoyo y el arropo a la paciente.

En estas visitas se llevan a cabo actividades como:

- Valorar la movilización de la extremidad afecta corrigiendo las posibles incorrecciones.

- Valorar la evolución y aspecto de la herida quirúrgica.
- Instrucciones sobre vendajes, uso de sujetador y de prótesis provisional en caso de mastectomía.
- Recomendaciones en cuanto a actividades en el domicilio.
- Valorar la necesidad de derivación a psicooncología.
- Ejercicios para la prevención del linfedema.
- Citación tras el alta en consulta de seguimiento para realizar las curas de la herida quirúrgica, control de drenajes, educación para la salud y valoración del dolor.

En cuanto a los cuidados en consulta de enfermería tras la intervención, esta unidad tiene un protocolo de curas(69):

#### **1ª VISITA (2-4 días):**

- Retirada de vendaje compresivo si lo tuviese.
- Cura seca (povidona yodada) sobre los puntos de papel o sobre los esparadrapos). Si tiene apósitos plásticos el paciente puede ducharse desde el primer día tras el alta.
- Valorar drenaje
  - En tumorectomías
    - Si < de 60 ml y contenido seroso, valorar la retirada.
    - Si > o = de 60 ml, valorar y recitar en dos días. En función de la evolución se valorará seguimiento por parte de Enfermería de Unidad de Mama.
  - En mastectomías
    - Si < de 40 ml y contenido seroso, valorar la retirada.
    - Si > o = de 40 ml, valorar y recitar en dos días. En función de la evolución ser valorará seguimiento por parte de Enfermería de Unidad de Mama.
      - Valorar linfedema, revisión facultativa si precisa.
      - Educación para la salud:
    - Uso de sujetador sin aros, compresivo, tipo deportivo (se le recomienda en la hospitalización quirúrgica que acuda ya con él a esta primera consulta).
    - Aseo e higiene personal.
    - Cura domiciliaria vs Centro de Salud hasta siguiente cita. Se les facilita material.
      - Registro de la actividad en el Altamira.

#### **2ª VISITA (7 días):**

- Retirada de puntos de papel.
- Cura seca, valoración de la herida.
- Valorar linfedema, revisión médica si precisa.
- Educación para la salud:
  - Alimentación.
  - Ejercicio y actividades de la vida diaria.
  - Aseo e higiene.
  - Cura de la herida quirúrgica y cuidados.
    - Registro de la actividad en Altamira.

### 3ª VISITA (21 días):

- Valorar la retirada de los puntos de sutura según estado de la herida quirúrgica.
- Los puntos reabsorbibles (transparentes o de seda) no se retirarán, solo recortar el extremo si molestias o retirar en caso de signos de infección.
- Los puntos no absorbibles (Vycril), habitualmente sutura intradérmica se decidirá según pauta facultativa.
  - Cura seca.
  - Valoración de linfedema, valoración facultativa si precisa.
  - Educación para la salud.
- En mastectomías: enseñarles los tipos de prótesis externas.
- En tumorectomías o cirugía conservadora: informar a la paciente sobre el inicio del tratamiento con radioterapia, cuidado de la piel, etc.
- Recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.
- Hidratación de la piel y de la cicatriz quirúrgica.
  - Registro de la actividad en Altamira.

### 4ª VISITA (30 días):

- Revisión herida quirúrgica.
- Orientación:
  - En mastectomías: informar y mostrar a las pacientes las prótesis externas disponibles en la unidad. Explicar alternativas del mercado y hoja de prestación.
  - En intervención quirúrgica conservadora: iniciar la información sobre el siguiente proceso:
    - ❖ Radioterapia: hidratación de la mama, cuidados e higiene.
    - ❖ Orientación sobre posibles efectos secundarios del tratamiento (alopecia).

✚ Se recomienda ante cualquier cambio o problema relacionado con la herida que se ponga en contacto con la Unidad de Mama para valorar una nueva consulta.

✚ Se realizarán tantas visitas programadas como se precise durante el proceso.

✚ Se facilitará a los pacientes información escrita y folletos informativos sobre su proceso.

### 7) Segunda sesión clínica

Una vez ya obtenidos los resultados de anatomía patológica en caso de intervención quirúrgica, y con RNM post el sexto ciclo por quimioterapia neoadyuvante, las pacientes pasan por una segunda sesión clínica.

En el caso de pacientes quirúrgicas se valora y decide la opción de continuar con un tratamiento complementario (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia). En ese caso, la hormonoterapia sería asumida por el equipo quirúrgico y médico de la unidad, el resto se derivaría a los servicios de oncología o radiología respectivamente.

Los profesionales de enfermería mantendrían un seguimiento hacia la paciente, revisando que tenga citas las primeras sesiones del nuevo tratamiento, llevando un control de cuando las acaba y de la evolución de la paciente.

Otro caso sería el de las pacientes que estaban recibiendo quimioterapia neoadyuvante y tras la valoración, se decide realizar intervención quirúrgica.

Por último, se encuentra la paciente que finaliza un tratamiento y entra en la fase de seguimiento y revisiones periódicas.

8) Segunda consulta médica y tercera consulta con enfermería

En esta segunda consulta se informa a la paciente de la decisión terapéutica acordada en la segunda sesión clínica y se hacen las derivaciones correspondientes.

9) Seguimiento post-tratamiento

Finalmente, este seguimiento se realiza por parte del equipo quirúrgico de la Unidad de Mama, siempre evaluando las necesidades de la paciente según criterio médico y teniendo en cuenta situaciones especiales (inclusión en ensayo clínico).

Trata de un primer control donde se realiza una exploración mamaria, se cita una mamografía y se le da la paciente cita para después de la mamografía citada ver los resultados. Si la mamografía es normal, comienza a recibir un control anual como el primero. Además, se les informa de que es necesario que avisen si surgen cambios o problemas.

A través de la tabla 3, queda reflejado el resumen de los cuidados a seguir durante todo el proceso asistencial.

*Tabla 3: Secuencia de cuidados de enfermería durante el proceso asistencia.*

| FASES DEL PROCESO ASISTENCIAL                                       | CUIDADOS DE ENFERMERÍA LLEVADOS A CABO  |
|---|---|
| <b><i>Llegada y recibimiento de las pacientes en la Unidad.</i></b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complementar la información médica conocida y resolución de dudas.</li> <li>- Comienzo de la gestión del proceso.</li> <li>- Adjudicación de facultativo responsable de la paciente.</li> <li>- Facilitar el teléfono de contacto.</li> <li>- Apoyo emocional.</li> </ul>  |
| <b><i>Diagnóstico definitivo</i></b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzo de la información comunicada sobre el diagnóstico y tratamiento correspondiente, y resolución de dudas.</li> <li>- Ofrecer consulta con la psicooncóloga de la Unidad.</li> <li>- Coordinación de citas y seguimiento de la paciente.</li> <li>- Planificación del tratamiento.</li> <li>- Apoyo emocional.</li> </ul>  |
| <b><i>Tratamiento</i></b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución de dudas.</li> <li>- Tras la intervención quirúrgica, cura, vigilancia y control de la herida quirúrgica, drenajes y posibles complicaciones.</li> <li>- Controlar y vigilar que se cumplan las consultas complementarias y caso de tratamiento neoadyuvante y/o posterior a la intervención quirúrgica.</li> <li>- Reforzar la seguridad y autoestima de la paciente.</li> <li>- Enseñanza y educación para la salud.</li> <li>- Seguimiento y gestión del tratamiento.</li> <li>- Apoyo emocional.</li> </ul> |
| <b><i>Revisiones y seguimiento post-tratamiento</i></b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener un seguimiento y control de la evolución de la paciente.</li> <li>- Recordar a la paciente que, ante cualquier cambio, duda o problema, acuda a los profesionales.</li> <li>- Apoyo emocional.</li> </ul>   |

*Fuente: De elaboración propia.*

## Conclusiones

Con esta monografía se pretende describir el proceso asistencial en el diagnóstico del cáncer de mama, transmitir la importancia y dar visibilidad a las Unidades de Mama y al papel de los profesionales de enfermería que forman parte de ellas.

El cáncer de mama, a pesar de los avances conseguidos sigue figurando como un problema de mucha influencia en la sociedad y en sus diferentes ámbitos desde hace mucho tiempo, sobre todo en la población femenina y en su ámbito biopsicosocial.

En el momento en el que una mujer es diagnosticada de cáncer de mama, sufre un cambio muy grande en su vida a muchos niveles. Tiene que pasar por una lucha de emociones y sentimientos para gestionar psicológicamente el proceso al que se va a enfrentar. Todo el proceso desde el momento del diagnóstico hasta el fin del tratamiento supone cambios constantes y mucha información que asimilar.

Es por ello por lo que es importante que el proceso asistencial esté bien organizado, que cubra todos los aspectos y las necesidades para proporcionar un diagnóstico certero. A partir de ahí, que se llegue a una buena toma de decisiones sobre el tratamiento que va a recibir la paciente. También, es muy importante que sepa integrar de manera adecuada a la paciente en todos los procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, para que se sienta lo más segura y arropada posible.

Por estos motivos surge la necesidad de crear Unidades de Mama que contengan un equipo multidisciplinar bien formado, que se encargue de gestionar y coordinar todo el proceso asistencial. Todo ello se hace manteniendo una visión global de la enfermedad, pero centrada en la paciente.

Al final, de lo que se trata es de acoger a las pacientes durante todo el camino y hacerles más fácil la gestión de su enfermedad, siendo la Unidad de Mama la que se encargue de los trámites más importantes. De esa manera, la mujer puede centrarse más en su fortaleza y salud psicológica.

Dentro de estas Unidades, hay una figura que se encarga de manera más cercana de ofrecer ese apoyo que necesitan las mujeres. Estos son los profesionales de enfermería, quienes han demostrado que su función en este proceso implica más que solo realizar técnicas y procedimientos enfermeros y que aporta muchas ventajas y beneficios a las pacientes.

Dentro de las diferentes funciones que ejercen los profesionales de enfermería, se encuentra la gestión del proceso asistencial, la coordinación de citas para pruebas y tratamientos, la aportación de información y la resolución de dudas, etc. Pero, sobre todo, son el punto de apoyo principal de las pacientes y de sus familias.

Por último, quedaría pendiente el desarrollo y la implementación de planes de cuidados estandarizados para facilitar el trabajo en la Unidad de Mama para poder gestionar la atención necesaria que requieren este tipo de pacientes y sus correspondientes patologías.

## Bibliografía

1. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. Actual en Psicol [Internet]. 21 de junio de 2017 [citado 20 de enero de 2021];31(122):75. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/25345>
2. Global Cancer Observatory [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
3. Thronicke A, Kröz M, Merkle A, Matthes H, Herbstreit C, Schad F. Psychosocial, Cognitive, and Physical Impact of Elaborate Consultations and Life Review in Female Patients with Non-Metastasized Breast Cancer. Complement Med Res [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 19 de enero de 2021];25(2):92-101. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/486672>
4. Número de casos nuevos en España. GLOBOCAN. [Internet]. 2020 dic [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/724-spain-fact-sheets.pdf>
5. Asociación Española Contra el Cáncer. Nuevos casos por tipo de cáncer | AECC [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNDVmNjdOTQOTQTE5Zi00YmJmLWJhMjgtNTgxMGJkM2FjYTE3liwidCI6ImJjYTNjYTJLTyYyNGMtNDNhYS05MTgxLWY2N2YxYzI3OTAYOSIsImMiOiJh9>
6. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. SEOM [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)
7. Asociación Española Contra el Cáncer. Pronóstico Cáncer de Mama: Supervivencia y Mortalidad | AECC [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
8. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de mama en cifras | AECC [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiODM1MDY4YzEtZTQ3OS00YjUyLTliYjgtYjY3MDMxOTY3M2MzliwidCI6ImJjYTNjYTJLTyYyNGMtNDNhYS05MTgxLWY2N2YxYzI3OTAYOSIsImMiOiJh9>
9. Asociación Española Contra el Cáncer. La AECC anima a la sociedad a «sacar pecho» contra el cáncer de mama [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/NdP\\_Contra\\_cancer\\_mama\\_2020.pdf](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/NdP_Contra_cancer_mama_2020.pdf)
10. Asociación Española Contra el Cáncer. Datos cáncer de mama 2019 [Internet]. 2019 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama\\_2019\\_0.pdf](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama_2019_0.pdf)
11. Asociación Española Contra el Cáncer. Toxicidad financiera del cáncer de mama. | AECC [Internet]. 2020; Disponible en: <http://observatorio.aecc.es/>

12. Kredert S, Huincho B, León J. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama Servicio Ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. CURAE [Internet]. diciembre de 2020 [citado 21 de enero de 2021];3:1-16. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1430/1975>
13. Denisse Claudia. Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes con cáncer de mama de 30 a 50 años de la Unidad de Quimioterapia de la Clínica Oncosalud. 2017 [Internet]. 2017 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6970>
14. Sociedad Española de Oncología Médica. Detección precoz y cribado [Internet]. SEOM. 2019 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=4>
15. Pons-Rodríguez A, Martínez-Alonso M, Rué M, Martínez-Alonso M, Rué M, Perestelo-Pérez L, et al. Informed choice in breast cancer screening: the role of education. Gac Sanit [Internet]. 12 de marzo de 2020 [citado 20 de enero de 2021]; 35(3): 243-249. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/ucan.idm.oclc.org/science/article/pii/S0213911120300418>
16. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama ; Breast cancer. ARBOR Ciencia, Pensam y Cult [Internet]. 2015;191(773):a234. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
17. Asociación Española Contra el Cáncer. Mamografía: Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama | AECC [Internet]. 2018 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/mamografias>
18. Gobierno de Canarias. Protocolo diagnóstico-mamografía de screening [Internet]. [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/75cad01f-fa23-11e0-a49a-27e12b71ef94/ANEXO I CONTROL DE CALIDAD DE LOS ASPECTOS CLINICOS.pdf>
19. Escuela Cantabria de Salud. Prevención del cáncer de mama [Internet]. [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.escuelacantabradesalud.es/prevencion-del-cancer-de-mama>
20. Autoexploración de mama (AEM) Breastcancer.org. [Internet]. 2016 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>
21. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué son las pruebas de detección del cáncer de mama? | CDC [Internet]. 2020 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/screening.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/screening.htm)
22. Seas AM, Montero Gómez A, Galán Rodas E. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mama en personal femenino. Hispanoam Heal J [Internet]. 2016;2:46-50. Disponible en: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/126>
23. Los cinco pasos de la autoexploración de mamas. Breastcancer.org [Internet]. [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_ae\\_m](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_ae_m)



24. Pérez V, de la M, López R, Santana R, Gómez R, Jiménez T, et al. Evolución del conocimiento durante la carrera de enfermería sobre la técnica de autoexploración mamaria [Internet]. Biblioteca Las Casas. 2015 [citado 27 de enero de 2021]; 11(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0831.php>
25. Sociedad Española de Oncología Médica. Diagnóstico del cáncer de mama. SEOM [Internet]. 2019 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=6>
26. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Estudios por imágenes para la detección [Internet]. 2019 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
27. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Imágenes por resonancia magnética (MRI) de los senos. [Internet]. 2019 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/imagenes-por-resonancia-magnetica-de-los-senos.html>
28. Rueda MDR, Rodríguez LF, Díez MC, Seco JMD. Actuación Enfermera en el Intervencionismo de Mama: Biopsias Asistidas por Vacío. Nuberos Científica. 2015; 2(15): 24-33.
29. Sociedad Española de Oncología Médica. Anatomía Patológica. SEOM. [Internet]. 2020 [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=7>
30. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Estado del receptor hormonal del cáncer de seno [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/estado-del-receptor-hormonal-del-cancer-de-seno.html>
31. Sociedad Española de Oncología Médica. Clasificación molecular del cáncer de mama SEOM. [Internet]. 2020 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=8>
32. Asociación Española Contra el Cáncer. Tratamientos del Cáncer de Mama | AECC [Internet]. 2019 [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento>
33. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Estado de HER2 del cáncer de seno [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/estado-de-her2-del-cancer-de-seno.html>
34. Breastcancer.org. Lobular Carcinoma In Situ (LCIS) [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/lcis>
35. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Cáncer de seno invasivo (IDC/ILC) [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-invasivo-del-seno.html>

36. Breastcancer.org. Invasive Ductal Carcinoma: Diagnosis, Treatment, and More [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/idc>
37. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Cáncer inflamatorio del seno [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-de-seno-inflamatorio.html>
38. Breastcancer.org. Enfermedad de Paget del pezón: síntomas, diagnóstico y más [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/pagets>
39. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Angiosarcoma del seno [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/angiosarcoma-del-seno.html>
40. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Etapas del cáncer de seno [Internet]. 2019 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>
41. Moo TA, Sanford R, Dang C, Morrow M. Overview of Breast Cancer Therapy [Internet]. PET Clin. 2018 [citado 1 de febrero de 2021]. Jul;13(3):339-354. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092031/>
42. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Quimioterapia para el cáncer de seno [Internet]. 2018 [citado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/quimioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
43. Sociedad Española de Oncología Médica. Modalidades de tratamiento. SEOM [Internet]. 2020 [citado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=11>
44. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Cirugía para el cáncer de seno [Internet]. 2019 [citado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>
45. Tosello G, Torloni MR, Mota BS, Neeman T, Riera R. Breast surgery for metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 15 de marzo de 2018 [citado 1 de febrero de 2021];2018(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494198/>
46. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res [Internet]. 2017 [citado 1 de febrero de 2021];50(1):33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625777/>
47. Asociación Española Contra el Cáncer. Linfedema- Prevención y Tratamiento | AECC [Internet]. Madrid; 2018 [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/secuelas-cancer-mama>

48. NIH: Instituto Nacional del Cáncer. Linfedema (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. EE. UU.: Institutos Nacionales de la Salud. 2019 [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq>
49. M. Arroyo Yustos, M. Martín Angulo, M. Álvarez-Mon Soto. Cáncer de mama. Med Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 30 de mayo de 2021];12(34):2011-23. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.unican.idm.oclc.org/#!/content/playContent/1-s2.0-S0304541217301282?scrollTo=%23hl0000772>
50. Nancy E. Davidson. Cáncer de mama y trastornos benignos de la mama- ClinicalKey. En: Goldman-Cecil Tratado de medicina interna [Internet]. 26ª ed. España; 2021 [citado 30 de mayo de 2021]. p. 1321-9. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.unican.idm.oclc.org/#!/content/book/3-s2.0-B9788491137658001880?scrollTo=%23hl0000382>
51. M.M. Vernet Tomás, P. Nicolau Batalla, M.D. Sabadell Mercadal, R. Carreras Collado. Patología maligna de la mama. En: González-Merlo Ginecología [Internet]. 10ª ed. España; 2020 [citado 30 de mayo de 2021]. p. 537-68. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.unican.idm.oclc.org/#!/content/book/3-s2.0-B9788491133841000279?scrollTo=%23hl0001106>
52. Ayala de la Peña F, Andrés R, Garcia-Sáenz JA, Manso L, Margelí M, Dalmau E, et al. SEOM clinical guidelines in early stage breast cancer (2018). Clin Transl Oncol [Internet]. 25 de enero de 2019 [citado 14 de marzo de 2021];21(1):18-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30443868/>
53. Asociación Española Contra el Cáncer. Seguimiento y Revisiones después del Cáncer de Mama | AECC [Internet]. 2018 [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/seguimiento-revisiones-despues-cancer-mama>
54. NIH: Instituto Nacional del Cáncer. Cuidados del seguimiento después del tratamiento del cáncer de seno [Internet]. 2019 [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/seguimiento-despues-del-tratamiento-del-cancer-de-seno.html>
55. Landaverde D. Aspectos básicos del bordaje Integral de las supervivientes de cáncer de mama. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD. 2015;5(1): 11-18.
56. Aguiar N, Meira D, Raquel S. Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. REVESCO Rev Estud Coop. 2015;121:7-32.
57. Hungr C., Sanchez-Varela V. LBS. Self image and sexuality creast cancer. Rev Investig clínica. 2017;69:114-22.
58. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review [Internet]. Vol. 39, Cancer Nursing. Lippincott Williams and Wilkins; 2016 [citado 9 de abril de 2021]. p. E39-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25881807/>
59. Morrow VR. Psychological aspects of breast cancer. Conn Med. 1999;63(1):35-9.

60. Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322015000101881&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000101881&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
61. Moreno Martín M, Gutiérrez Iglesia D, Zayas García R. Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. Enfermería Investiga: Investigación Vinculación, Docencia y Gestión. 27 de marzo de 2017;2(1, Mar):1-6.
62. Unidades multidisciplinarias de mama | Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Breast Science [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-unidades-multidisciplinarias-mama-S0214158212700257>
63. La enfermería en las unidades de mama [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/8516/1/La enfermería en las unidades de mama Tesis Carmen Torres García.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/8516/1/La%20enfermer%C3%ADa%20en%20las%20unidades%20de%20mama%20Tesis%20Carmen%20Torres%20Garc%C3%ADa.pdf)
64. La labor enfermera en la Consulta de Decisiones Compartidas en Cáncer de Mama [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sespm.es/la-labor-enfermera-en-la-consulta-de-decisiones-compartidas-en-cancer-de-mama/>
65. Prieto-agüero O. Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. Rev Española Comun en Salud. 2016;7(1):124-34.
66. Consulta de Enfermería de Mama Hospital Universitario Virgen del Rocío [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitaluvrocio.es/entrada-blog/consulta-enfermeria-mama/>
67. Álvarez Benito M, Santos Romero AL, Rioja Torres P, García Oliveros I, Ruiz Moruno J. Multidisciplinary breast units [Internet]. Vol. 25, Revista de Senología y Patología Mamaria. Elsevier Doyma; 2012 [citado 11 de abril de 2021]. p. 116-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-unidades-multidisciplinarias-mama-S0214158212700257>
68. Proceso de Atención a la Patología Mamaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander; 2015. 17 p.
69. Hernanz F, Fernández L. Protocolo de curas de la Unidad de Mama. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander; 2016.